

Diabétique :  Oui  Non  
 Claustrophobe :  Oui  Non  
 Isolement infect. :  Oui  Non  
 Allergies < : .....

## BON D'EXAMEN PET/CT Poids (requis même approximatif) : .....(Kg)

<sup>18</sup>F-FDG  <sup>18</sup>F-Choline  <sup>18</sup>F-FET  <sup>18</sup>F-FDOPA  CT DEDIE  Ga-68-DOTATATE

Pour toute demande urgente, merci de contacter directement notre médecin de garde au 021 314 02 06.

Protocole de recherche, précisez le n° d'étude si connu: .....

Merci de convoquer directement le patient entre le.....et le.....

Nom / Prénom : .....  
 Date de naissance : .....Sexe :  M  F  
 Adresse : .....  
 Tél./Natel : .....

*Pour les patients externes, merci de joindre une lettre de sortie, les anciens rapports et envoyer les images sur le PACS du CHUV ou joindre le CD-ROM.*

Le jour de l'examen, le patient est  Hosp  Ambul.  
 Francophone :  Non  Oui, précisez la langue.....  
 Corticothérapie :  Non  Oui, précisez:.....  
 Dernière chimiothérapie (date) : .....Chirurgie : .....  
 Radiothérapie : .....Dernier examen radiologique.....  
 Bilan initial  Bilan de suivi, précisez la modalité et fin de traitement.....

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PROBLEME POSE AU MEDECIN NUCLEAIRE

Prochain rendez-vous ou compte-rendu attendu pour le .....

#### MEDECIN DEMANDEUR

Nom / Prénom : .....  
 .....  
 Tél./Fax : .....

#### INFORMATIONS SECRETARIAT NUC

Tél. : + 41 21 314 43 52 Fax : + 41 21 314 43 43  
 Lundi au vendredi de 7h30 à 12h00 et de 13h:00 à 16h:45

*Ce bon (recto) de demande d'examen est à retourner au secrétariat de Médecine nucléaire, Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne ou par fax ou par email (nuc.desk@chuv.ch).*